



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de Intervención Educativa dirigido a
Cuidadores No Profesionales de Personas
Dependientes

Autor/a: María José Paricio Hernández

Tutor/a: Flor Martínez

Contenido

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS.....	9
METODOLOGÍA	9
CRONOGRAMA	11
MATERIALES DE APOYO	11
DESARROLLO.....	12
I. AUTONOMÍA PERSONAL.....	12
II. ALIMENTACIÓN.....	16
III. HIGIENE Y VESTIDO.....	20
EVALUACIÓN	25
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	31

RESUMEN

Se constata el aumento en la esperanza de vida en la población, junto con él nacen nuevas necesidades de atención a las personas dependientes que se han plasmado en el marco jurídico actualmente en vigor. Teniendo en cuenta dichas necesidades y dicho marco se pretende desarrollar una serie de actividades en las que la población diana serán los cuidadores no profesionales de las personas dependientes.

Este Trabajo Fin de Grado tiene como objeto el diseño, implementación y evaluación de un Programa de Intervención Educativa dirigida especialmente a este colectivo. A lo largo del mismo se desglosarán las áreas de interés y las actividades concretas que constituyen dicho Programa.

INTRODUCCIÓN

El aumento en las expectativas de vida de la población constituye uno de los principales hitos de los países desarrollados, motivado entre otras causas por unas mejores condiciones de vida y por avances científico-técnicos.

En Aragón, como en España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población mayor de 65 años, así como un aumento significativo de la población de más de 80 años. A esta realidad debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación (1).

En España el 8,5% de la población (3.847.854 personas) declara alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria; de ellos, 2.148.548 son dependientes (55,8%), es decir, precisan la ayuda de una tercera persona pues no pueden valerse por sí mismos (2). En Aragón el 8,8% de la población (113.008 personas) manifiesta alguna limitación para las actividades de la vida diaria, de ellos 60.738 son dependientes (53,7%) (3).

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. Dicho reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Este reto venía siendo indicado por Naciones Unidas, por la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa, el Defensor del Pueblo, las Organizaciones Sindicales, las Organizaciones Profesionales y el conjunto de la ciudadanía.

Con la aprobación de la Ley 39/2006 (4), de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se

configura el marco legal necesario para el reconocimiento y garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y la atención de las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un nuevo sistema de protección social.

Para el diccionario de la Real Academia Española la dependencia es (5), entre otras acepciones, la «situación de una persona que no puede valerse por sí misma».

La recomendación del Consejo de Europa, aprobada en septiembre de 1998, define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o de manera más precisa, como “ un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (6).

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma prolongada la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana. En referencia a las actividades de la vida diaria, la OMS contempla aspectos como el autocuidado, la movilidad dentro y fuera del domicilio, la capacidad de entender a los otros y de hacerse entender por los otros, y la interacción y las relaciones personales con el entorno, entre otros” (7).

El artículo 2.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia establece que la dependencia es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (4).

Por tanto, la edad por sí misma no es sinónimo de dependencia, cada día hay más personas que superan los 80 años y que participan en actividades en la sociedad. La discapacidad no es igual a dependencia, muchas personas con discapacidad ocupan puestos de trabajo en la sociedad, participan en la actividad política, cultural, deportiva, etc. La enfermedad no es sinónimo de dependencia, tendrá que tener carácter permanente, con pérdida de autonomía y que las personas precisen de otras para realizar las actividades básicas de la vida diaria (1).

La necesidad de asistencia y/o cuidados derivada de las situaciones de dependencia ha existido siempre, lo que ha cambiado es su dimensión (debido sobre todo al crecimiento del número y de la proporción de personas mayores), su importancia social (ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto) y su naturaleza (en tanto que supone una redelimitación de los objetivos y funciones del Estado de Bienestar e implica nuevos compromisos de protección y financiación) (8).

Existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia. En concreto, se tiene constancia de la eficacia de las intervenciones sanitarias en edades medianas de la vida para prevenir la aparición de la dependencia en las edades más avanzadas, y se ha demostrado, asimismo, que la mejora de los hábitos de vida de la población contribuye significativamente a mejorar la

esperanza de vida sin discapacidad. Esto confiere a las intervenciones sanitarias un importante papel, al atrasar la aparición de la dependencia. Por otra parte, en los casos en que la dependencia ya está establecida, el cuidado de la salud es esencial para lograr una adecuada adaptación de la persona a su nueva situación y mejorar su calidad de vida. De hecho, la más que frecuente coexistencia de enfermedades activas complica la situación, de forma que los casos de personas con mayores necesidades asistenciales son aquéllos en los que la situación de dependencia funcional coincide con la pluripatología y la inestabilidad clínica.

Hasta hoy, en España, la inmensa mayoría de las personas que precisan cuidados para realizar las actividades de la vida diaria, reciben ayuda fundamentalmente a través del cuidado informal (9).

El llamado cuidado informal o no profesional es aquel que se presta a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otros que no reciben remuneración por la ayuda que ofrecen. El cuidado informal se caracteriza porque generalmente es gratuito, se realiza en el ámbito privado y nuestra sociedad lo asume como una extensión de las tareas domésticas (10). Estos rasgos, junto con el hecho de que es una labor fundamentalmente realizada por mujeres, repercuten en que sea una tarea invisible y poco valorada en nuestra sociedad.

La importancia del apoyo que prestan las distintas redes sociales a las personas dependientes en cualquier etapa de la vida repercute directamente en el bienestar y en las expectativas de vida satisfactoria de aquel a quien se cuida, incidiendo directamente en la vida del cuidador principal. Del conjunto de redes sociales, se considera que la familia es la que provee de mayor cantidad de apoyo material o instrumental, mientras que los amigos o vecinos cumplen mejor con la satisfacción de otro tipo de necesidades emocionales (11).

Generalmente, los cuidadores informales no poseen la suficiente formación en cuanto a cuidados básicos generales (12), ni de los procesos patológicos de las personas a las que cuidan (13), siendo esta formación muy importante para

asegurar una provisión de cuidados de calidad en tanto afecta a la salud de la persona cuidada y a la de ellos mismos.

Todo proceso o cambio requiere de una formación para aumentar la eficacia de los cuidadores y corregir las deficiencias que se pueden generar en los mismos; al hablar de formación se hace referencia a la orientación, supervisión y valoración que los profesionales sanitarios, fundamentalmente enfermería, desempeñan con la educación sanitaria y con la educación para la salud (14). Diversas investigaciones describen en el perfil del cuidador informal el nivel de estudios de los mismos, que generalmente responde a un nivel bajo (15,16,17).

La enfermería tiene un papel irremplazable en la atención de las necesidades de las personas con discapacidad, minusvalía o en situación de dependencia, ya que la función propia de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su restablecimiento, a evitarle padecimientos a la hora de su muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. La función propia de la enfermera es asistirle en estas actividades para que él recobre su independencia lo más rápidamente posible (18).

Cuando hablamos de autonomía, dependencia, actividades de la vida diaria, cuidados, estamos profundizando en la esencia misma de la enfermería. Son numerosos los autores de modelos y teorías de cuidados que citan dichos términos: Pepleau, Henderson, Orem, Leininger, Watson, Parse-Rizzo (19).

Las tres vías principales de nuestra actuación en el campo de la dependencia serían la atención de las personas dependientes y la continuidad de sus cuidados, la atención a los cuidadores principales y la prevención de la dependencia.

La enfermera es el principal activo para la atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia (20), siendo en la actualidad uno de los profesionales que está haciendo frente al cuidado y formación de los cuidadores principales (21). En esta dirección se fomentan acciones como el cuidado del

cuidador, de formación del mismo para que realice sus funciones de forma más efectiva, el asesoramiento sanitario, etc.

A raíz de mi experiencia profesional, como valoradora de la dependencia, he podido detectar diferentes necesidades de formación tanto en las personas dependientes como en sus cuidadores, y por todo ello, considero que es necesario desarrollar programas de formación e información que incorporen buenas prácticas para proveer mejores cuidados.

OBJETIVOS

Mejorar los conocimientos de los cuidadores no profesionales tanto a nivel técnico como práctico para atender las distintas situaciones de dependencia.

Promover la toma de conciencia en la provisión de cuidados de calidad.

Promocionar la autonomía como prevención de una futura mayor dependencia.

METODOLOGÍA

Este programa formativo se presenta como un cumplimiento del compromiso de la puesta en marcha de los programas de prevención, promoción de la autonomía personal y formación de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores no profesionales en el marco de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El diseño del programa formativo tiene en cuenta los diferentes perfiles y las necesidades tanto de las personas en situación de dependencia como de las personas cuidadoras que atienden las distintas situaciones que vive la persona que ha sido reconocida por la CCAA de Aragón como una persona en situación de dependencia, así como las distintas situaciones de dependencia.

El perfil de la persona dependiente en Aragón es de sexo femenino (66,6%), de elevada edad, siete de cada diez dependientes son personas de 65 y más años, que suele vivir sola (21,4%) en un entorno urbano (63,1%) y con un nivel de estudios bajo (3).

El perfil más frecuente de la persona cuidadora principal en Aragón es el de una mujer, con una edad media de 57 años, casada, con estudios primarios o inferiores, que suele ser la hija o cónyuge de la persona necesitada de cuidados (3).

La población diana a la que va dirigida la formación son las personas cuidadoras que forman parte del sistema de Atención a la Dependencia (SAAD).

Los contenidos formativos se impartirán a través de 3 grandes áreas temáticas divididas a su vez en diversas sesiones formativas presenciales de 75 minutos de duración.

Esta formación básica también podrá enriquecerse con la participación de otros profesionales sanitarios y sociales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales) que desarrollarán temas como la deambulación y la movilización, los productos de apoyo y la adaptación del entorno, recursos generales, etc.

Un elemento importante en este proceso formativo son las exposiciones teóricas, que no han de estar desligadas de la realidad. Se propone su utilización incidiendo en referentes prácticos aportados por las personas asistentes procedentes del ámbito personal o bien provenientes de las observaciones compartidas en situaciones reales, así como de la visualización de videos, de lecturas especializadas y otros.

En el trabajo diario, durante la realización de las sesiones, se propiciará la reflexión en las actividades de enseñanza-aprendizaje. Será importante respetar las concepciones que el cuidador informal tiene respecto a los ámbitos trabajados, pero se procurará poner en evidencia que éstas suelen ser incompletas o que pueden ser contradictorias. A partir de ésta constatación será necesario desarrollar una dinámica de trabajo donde las lecturas, la opinión fundamentada, la discusión y la crítica sean elementos indispensables en la formación.

Las situaciones en las que el cuidador ha de tomar decisiones o reaccionar ante un hecho se pueden tratar mediante simulaciones, que ayudarán a integrar conocimientos nuevos y también a realizar el análisis y verificación de los ya adquiridos.

CRONOGRAMA

Un curso para cada una de las 17 comarcas que comprenden municipios de la provincia de Zaragoza. Normalmente se realizará en la Sede de cada comarca o en el lugar dónde cada una de ellas tenga dispuesto para la formación.

En cada curso se forman 25 cuidadores no profesionales.

Duración total de 30 horas (sesiones presenciales en aula, sesiones vía telemática y trabajo individualizado de los/as participantes).

MATERIALES DE APOYO

Manual de formación (22): introduce al conocimiento básico de las principales patologías que causan dependencia y a las limitaciones que producen.

Guía audiovisual para cuidadores (23): consta de un conjunto de vídeos subtítulos sobre cuidados básicos.

Guía visual de fichas para cuidadores no profesionales (24): son fichas de contenido práctico que sirven de apoyo al cuidador en sus tareas de atención diaria.

Fichas didácticas de los cuidados a personas con dependencia (25): facilitan el desarrollo de las sesiones de formación y el acceso a un material estructurado.

DESARROLLO

El programa constará de tres Módulos o Áreas temáticas, con sus correspondientes sesiones. En cada módulo se reservará un tiempo específico para realizar una introducción general al módulo y a las respectivas sesiones que se establezcan:

I. AUTONOMÍA PERSONAL.

A. Introducción general.

Ideas clave:

Las actividades de la vida diaria se dividen en básicas e instrumentales.

Las actividades básicas incluyen lo que hay que hacer para cuidar de uno mismo: comer y beber, controlar las necesidades e ir al lavabo, vestirse y desvestirse, lavarse y cuidar el aspecto físico, cambiar y mantener posiciones corporales, desplazarse dentro de casa.

Las actividades instrumentales permiten hacer una vida independiente: caminar por la calle, limpiar y tener la casa en condiciones, comprar, lavar y cuidar la ropa, cocinar.

Actividades por desarrollar:

Identificar en qué actividades tiene más dificultades la persona que cuidamos.

Ayudarle de manera que no lo hagamos por él/ella sino que fomentemos su colaboración favoreciendo su autonomía.

Identificar posibles cambios en el entorno que ayuden a que la persona sea más autónoma.

B. Sesión I: Autonomía y actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Caso práctico:

- ¿Cómo abordar las situaciones que se plantean?
- Problemáticas que plantea el caso.
- Actividades por desarrollar.

C. Sesión II: ¿Cómo cuidar?

Conocimientos: conocer a la persona afectada y saber cómo se comporta, identificar posibles cambios, conocer la forma más adecuada de ayudarle en sus actividades básicas de la vida diaria.

Actitudes: observación, actitud de escucha, estar receptivos, sensible y dispuestos a ayudar en lo necesario.

Habilidades: procurar condiciones correctas, saber realizar cambios posturales, aplicar el sentido común, pedir siempre la máxima colaboración.

Cómo afrontar situaciones concretas:

- Actividades básicas: alimentación, higiene, vestido y control de esfínteres.
- Actividades instrumentales: participar dentro de sus posibilidades.

Práctica de habilidades relevantes:

- Modificar el entorno de manera sencilla y con los materiales accesibles. Identificar posibles barreras arquitectónicas o elementos potencialmente peligrosos.
- Interiorizar la importancia de la anticipación, los cambios pueden originar inseguridad.
- Pedir su opinión a la persona dependiente, si puede elegir lo que se va a poner estará más motivado para vestirse.
- Hacer una lista de situaciones y aplicar la mejor manera de afrontarlas.
- Actividades básicas: secuenciar la acción, descomponer la acción en partes, retirar la ayuda poco a poco en la medida en que la persona va asumiendo funciones.
- Actividades instrumentales: fomentar la participación en estas actividades, adaptarse al nivel en que la persona pueda implicarse, tener presentes las diferencias individuales según grado de dependencia.

D. Sesión III: Mejorar nuestra forma de cuidar.

Ideas Clave:

Ideas erróneas más habituales: no permitir que la persona colabore en todo aquello que pueda, sobreprotección, utilizar elementos que dificulten la autonomía.

Consecuencias que comportan estas ideas erróneas: desánimo, inseguridad, pasividad, pérdida de funciones, más dependencia.

Reflexión sobre la forma de cuidar de cada cuidador: a medida que la persona a la que cuida va aprendiendo a hacer cosas: ¿usted permite

que las vaya haciendo sola?, ¿va a retirar la ayuda a pesar de que eso implique ir más despacio?

Identificar en cada una de las diversas situaciones:

- Actitudes favorables: importancia de la autodeterminación, anticipar la actividad de una manera atractiva, tener paciencia.
- Actitudes desfavorables: las prisas, los gritos y los nervios.

Resumen evaluación:

- Autoevaluación: enumerar tres actividades básicas y tres instrumentales.
- Valoración personal de las sesiones:
 - ¿Qué aspectos le han parecido más interesantes?
 - ¿Cree que los puede aplicar en su práctica diaria?

II. ALIMENTACIÓN.

A. Introducción General.

Ideas Clave:

Conocer los componentes de una dieta equilibrada y variada.

Definir una situación tranquila, agradable y participativa en las comidas.

Saber afrontar comportamientos inadecuados en las comidas.

¿Qué debemos saber hacer?

Describir diferentes dietas para distintas situaciones.

Identificar ayudas técnicas que pueden facilitar el acto de comer.

Actividades por desarrollar:

Hacer un listado de problemas o dificultades que se encuentran los cuidadores.

B. Sesión I: Recomendaciones para una correcta alimentación.

Caso práctico:

- ¿Cómo abordar las situaciones que se plantean?
- Problemáticas que plantea el caso.
- Actividades por desarrollar.

C. Sesión II: ¿Cómo cuidar?

¿Qué necesito para abordar las situaciones planteadas?

- Conocer el tipo de dieta que necesita mi familiar: normal, líquida, semiblanda, blanda, ligera, hipocalórica, etc.
- Mentalizarse de la importancia de una correcta dieta.
- Ser capaz de elaborar platos apetecibles acordes con sus necesidades
- Cómo afrontar situaciones concretas: según la edad, estado de salud, hábitos alimentarios, gustos y preferencias, etc.
- Práctica de habilidades relevantes:
 - Intercambio de trucos y recetas: dieta hiposódica, diabética, triturado,...

D. Sesión III: Mejorar nuestra forma de cuidar.

Ideas erróneas más habituales: mejor le doy yo la comida porque si no se ensucia mucho, se la voy a triturar porque me da miedo que se atragante, le voy a reducir la medicación porque lo veo demasiado dormido, le daré mucha fruta para que adelgace, etc.

Posibles consecuencias de estas ideas erróneas: sobrepeso, malnutrición, dieta errónea, sobreprotección, rechazo a comer, agotamiento del cuidador, etc.

Reflexión sobre la forma de actuar de cada cuidador: ¿cuál o cuáles ideas se le han ocurrido alguna vez?, ¿cuál o cuáles podrían afectar la buena alimentación?

Reformular cada una de estas situaciones:

- Idea errónea: le daré mucha fruta a ver si adelgaza.
- Idea correcta: comerá dos piezas al día y entre horas.

E. Sesión IV: Ayuda en la alimentación.

Dar de comer: respetar la dignidad y los gustos de la persona dependiente fomentando su autonomía, adaptar la alimentación a sus

necesidades, no apurar el tiempo de la comida, procurar un ambiente relajado y agradable, cuidar la postura, etc...

Dar de comer cuando existe disfagia:

- Causas: enfermedades que causan un mal funcionamiento de la lengua o de los músculos de la garganta y el esófago (ACV, enfermedades neurológicas, tumores, Alzheimer, Parkinson).

Plan de actuación:

- Modificar consistencia de los alimentos y bebidas.
- Mantener a la persona despierta y preferiblemente sentada.
- La comida debe estar frente a la persona dependiente.
- Le daremos indicaciones: abre la boca, mastica, traga, etc.
- Actuar ante atragantamientos (Maniobra de Heimlich), con ejemplo práctico.

Administración de la alimentación por sonda nasogástrica y por sonda gástrica:

- Forma de administración: mantenerla en ángulo de 30-45º, antes de dar la comida lavar la sonda, pasar el alimento, pasar agua al final, etc.
- Cuidados de las sondas: verificar a diario la posición de la sonda, comprobar estado de la piel, cambio de la sujeción, etc.

F. Resumen evaluación.

Resumen de la temática desarrollada.

Valoración del contenido y las sesiones realizadas:

- En una serie de afirmaciones (comer es salud, la hora de comer es un momento agradable, etc.) valora de cero a cuatro tu grado de acuerdo:
 - 0 (nada de acuerdo)
 - 1 (Poco de acuerdo)
 - 2 (De acuerdo)
 - 3 (Bastante de acuerdo)
 - 4 (Muy de acuerdo)
- Autoevaluación.
- Valoración personal de las sesiones:
 - ¿Qué aspectos de lo que he aprendido sobre la alimentación me van a resultar más útiles en mi práctica diaria?

III. HIGIENE Y VESTIDO.

A. Introducción General

¿Qué tenemos que saber?

Entender la importancia de la intimidad.

Conocer los elementos de seguridad en el baño.

Prevenir la aparición de úlceras.

Saber las causas y tratamientos para la incontinencia urinaria y fecal.

Entender la eficacia de los buenos hábitos.

Conocer los dispositivos que minimizan los efectos de las incontinencias urinarias.

¿Qué debemos saber hacer?

Explicar los sentimientos de pudor cuando se vulnera la intimidad.

Listar los dispositivos de seguridad.

Descubrir cómo actuar ante alteraciones en la piel.

Identificar la incontinencia y saber resolverla.

Programar hábitos para el control de esfínteres.

Saber cuándo hay que usar dispositivos auxiliares para la incontinencia.

B. Sesión I: Los buenos hábitos de higiene y vestido.

Ideas clave:

Los buenos hábitos de higiene fomentan la salud y la calidad de vida de la persona previniendo la aparición de enfermedades, úlceras e infecciones.

Ir correctamente vestido y aseado resulta muy importante para la autoestima de la persona y su relación con los otros.

Los hábitos de higiene se ven a menudo alterados con la pérdida de autonomía asociada al envejecimiento o a una enfermedad.

El cuidador ha de procurar mantener unos buenos hábitos higiénicos.

Actividades por desarrollar:

¿Qué entendéis vosotros por higiene, intimidad, bienestar, vestir bien?

Caso práctico:

- ¿Cómo abordar las situaciones que se plantean?
- Problemáticas que plantea el caso.
- Actividades por desarrollar.

C. Sesión II: ¿Cómo cuidar?

¿Qué necesito para abordar las situaciones planteadas?

- *Conocer:* cuidados de la piel y prevención de úlceras, adaptaciones necesarias para la ropa, medidas para la prevención y contención de la incontinencia.

- *Mentalizarme de:* preservar la intimidad de la persona, fomentar la autonomía que sea posible, la necesidad de buscar toda la ayuda necesaria.
- *Ser capaz de:* realizar una correcta higiene de todas las partes del cuerpo, usar adecuadamente todas las ayudas técnicas o adaptaciones necesarias.
- *Cómo afrontar situaciones concretas:* lavado del cabello, piel, genitales, pies, manos, dientes y/o prótesis dental.

Práctica de habilidades relevantes:

- Mostrar material para la higiene (esponja, jabón, guantes, etc.) y comentar cómo utilizarlo.
- Hacer salir a voluntarios para mostrar cómo realizarían distintos aspectos de higiene usando el material.
- Mostrar dispositivos que puedan ayudar en la higiene y practicar su uso: agarradores, asientos de bañera y ducha, elevador de váter.
- Afrontar las situaciones: resumir las principales pautas de actuación en cada caso (pasos que se deben seguir, material utilizado, otras ayudas materiales posibles).

D. Sesión III: Mejorar nuestra forma de cuidar.

Asegurarse una buena actuación:

- **Antes de empezar la higiene:** ¿tengo claros los pasos que debo seguir?, ¿tengo todo el material preparado?, ¿tengo la ropa y los pañales a punto?, etc.
- **Después de la higiene:** ¿me he olvidado alguna parte por lavar?, ¿le he secado bien toda la piel y la he hidratado?, ¿va bien vestido?, etc.
- **Posibles consecuencias de estas ideas erróneas:**
 - Sensación de inseguridad transmitida a la otra persona.
 - Riesgo de caídas.

- Resfriados.
- Agitación y agresividad.
- Sobrecarga del cuidador.
- Falta de higiene en alguna parte del cuerpo.
- Maceración de la piel.
- Falta de motivación para colaborar en la higiene.
- **Reflexión sobre la forma de actuar de cada cuidador:** haz una lista de tus dificultades más frecuentes.
- **Reformular cada una de estas situaciones:**
 - **Persona tranquila, segura y colaboradora:**
 - Actitudes favorables: transmitir calma y seguridad, explicar los pasos, respetar la intimidad, aplicar medidas de seguridad.
 - Actitudes desfavorables: transmitir inquietud, actuar rápido y precipitadamente, permitir situaciones embarazosas.
 - **Piel sana e hidratada:**
 - Actitudes favorables: secar y revisar pliegues y zona interdigital, hidratar con crema, hacer un masaje frotando suavemente.
 - Actitudes desfavorables: dejar zonas húmedas, no hidratar regularmente, frotar muy fuerte o no rozar la piel
 - **Cuerpo limpio y libre de gérmenes:**
 - Actitudes favorables: establecer una rutina regular en la higiene, controlar todas las zonas del cuerpo.
 - Actitudes desfavorables: responsabilizar de la higiene a la persona dependiente y ni ayudarlo o supervisarlo.
 - **Cuidador no sobrecargado:**
 - Actitudes favorables: saber cuándo hay que parar y pedir ayuda.
 - Actitudes desfavorables: creer que nadie lo hará mejor que uno mismo.

Sesión IV: Ayuda en la eliminación.

Ideas clave:

Colocación y/o retirada de una cuña o botella.

Colocación del pañal: de pie o acostado.

Colocación y cuidados de colectores penianos.

Cuidados del sondaje vesical.

Administración de enemas.

Cuidados de la colostomía.

E. Resumen evaluación.

Autoevaluación:

- Enumera tres aspectos muy importantes para: el cuidado de la piel, control de esfínteres, la higiene, vestirse y arreglarse.
- Enumera tres ayudas técnicas para usar en el baño.
- Tu padre/madre no quiere entrar en el baño a lavarse, ¿cómo lo convences?
- ¿Qué puede provocar maceración y lesiones en la piel?
- ¿Qué crees que puede hacer un cuidador sobrecargado por la tarea de la higiene?

Valoración personal de las sesiones:

- ¿Qué aspectos de lo que he aprendido sobre la higiene y el vestido me van a resultar más útiles en mi práctica diaria?
- ¿Qué conceptos trabajados voy a aplicar menos en mi vida diaria?

EVALUACIÓN

Cuestionarios de evaluación, que se realizarán en cada sesión o al término de cada módulo, que medirán:

- Acción formativa.
- Ambiente.
- Horarios.
- Contenidos.
- Duración de las sesiones.
- Grado de interacción con docentes.
- Disposición de los formadores a aclarar dudas.
- Utilidad cursos.

Indicadores formulados para la evaluación del programa:

- Número de asistentes.
- Número de participantes con asistencia justificada.
- Número de participantes sin asistencia justificada.
- Nivel de satisfacción.
- Existencia de ratios de personas satisfechas e insatisfechas.
- Coeficientes de personas satisfechas/insatisfechas.

CONCLUSIONES

La implementación y desarrollo de formación dirigida a las personas dependientes y a sus cuidadores es un deber y responsabilidad de todos los miembros de la sociedad, especialmente de los profesionales sanitarios y sociales.

Este programa, no es más, que el intento de servir a este objetivo para brindar unas condiciones de vida más idóneas y justas a las personas dependientes, respetando sus derechos. Al mismo tiempo que favorecemos prácticas de buen trato.

Con estos presupuestos el programa diseñado puede ser puesto en marcha en cualquier momento, desde este mismo instante, teniendo en cuenta, siempre, las competencias de nuestra profesión de enfermeras, pero estando integrados en equipos multidisciplinares que permiten un mejor abordaje de las materias que se van a impartir en el Programa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anadón Lapeña P, Larrosa Montañés A, Martínez Rovira MM, Mateo Torralba AB, Gavín Lanzuela L, Lejárraga Giménez O, et al. La Dependencia en Aragón en el año 2009. Gobierno de Aragón , editor.; 2010.
2. Esparza Catalán C. Discapacidad y dependencia en España. Madrid: IMSERSO, Informes Portal Mayores; 2011 8 Abril. Report No.: 108.
3. Esparza Catalán C. Discapacidad y dependencia en Aragón. Madrid: IMSERSO, Informes Portal Mayores; 2011 Agosto 17. Report No.: 111.
4. BOE. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [Online].; 2006 [cited 2013 Marzo 7. Available from: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>.
5. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: ESPASA LIBROS, S.L.U.; 2001.
6. Consejo de Europa. Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. [Online].; 1998 [cited 2013 Marzo 7. Available from: <http://sid.usal.es/leyes/discapacidad/10476/3-3-5/recomendacion-n-98-9-del-comite-de-ministros-a-los-estados-miembros-relativa-a-la-dependencia.aspx>.

7. Planas Campmany C. Aportación enfermera a la atención a la dependencia en Cataluña. Nursing. 2007; 25(1): p. 60-6.
8. IMSERSO. Atención a las personas en situación de Dependencia. Libro Blanco. 1st ed. Sociales MdTyA, editor.; 2005.
9. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos. 2008; 19(1): p. 9-15.
10. Delicado Useros MV, Candel Parra E, Alfaro Espin A, Lopez Mánez M, García Borge C. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. Atención Primaria. 2004; 33(4): p. 193-9.
11. Colectivo Ioé. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. IMSERSO , editor. Madrid; 1999.
12. Gil García E, Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez MA, Frías Osuna A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedades de larga duración. Enfermería Clínica. 2007; 15(4): p. 220-6.
13. Martín R, Buenestado C, Caballero M, Lora F. Intervención educativa dirigida a cuidadores de personas mayores dependientes. Atención Primaria. 2000; 25(7): p. 148-53.

14. Martínez AF. La dependencia, los cuidadores y la necesidad de formación. *Enfermería Docente*. 2007; 87: p. 2-4.
15. Velasco E. Educación grupal a cuidadores. In Sánchez MB, Gómez J, Duarte G, editors. *Educación para la salud*. Madrid: FUDEN; 2008. p. 367-82.
16. Regueiro AA, Gómara SM, Ferreiro MC, Pérez Vázquez A. El cuidador principal de nuestros ancianos dependientes. *Salud Rural*. 2006; 23(11): p. 39-46.
17. IMSERSO. *Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España*. IMSERSO ed. Madrid; 2004.
18. Calero García MJ, López Ortega J, Sánchez Jurado LI, Carretero Moral P. De la Discapacidad a la Dependencia: Aspectos Sanitarios. *Seminario Médico*. 2008 Diciembre; 60(2): p. 93-100.
19. Hernández Pérez RdS. La Enfermera comunitaria en la Atención Sociosanitaria. *ENE Revista de Enfermería*. 2007; 1: p. 7-16.
20. Gala Fernández B, López Alonso SR, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la comunicación de la atención sociosanitaria a personas con dependencia. *Index de Enfermería*. 2006; 15(54): p. 7-9.
21. Salazar Agulló M. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. *Index de Enfermería*. 2006; 52-53: p. 7-9.

22. Fuertes E, Mateo M, Lanza Y. Manual de formación. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia. Gobierno de Aragón , editor. Zaragoza; 2010.
23. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Guía visual para cuidadores no profesionales. [Online].; 2010 [cited 2013 Marzo 14. Available from: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/docs/Areas/Dependencia/Publicaciones/guia_visual_cuidadores_interactiva.pdf.
24. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Guía audiovisual para cuidadores no profesionales. [Online].; 2010 [cited 2013 Marzo 14. Available from: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasTematicas/BienestarSocialFamilia/BSF_Dependencia/ci.06_Documentos_Electronicos.detalleDepartamento?channelSelected=0.
25. IL3. Instituto de Formación continua. Los cuidados a personas con dependencia. Barcelona Ud, editor.; 2009.
26. Ministerio de Sanidad SSeI. SAAD. Portal de la Dependencia. [Online].; 2009 [cited 2013 Mayo 9. Available from: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/estadisticas/datos_estadisticos_saad/index.htm.

ANEXOS

GUÍA DE LA SESIÓN	IDEAS CLAVE Y ACTIVIDADES
<p>A.3. Presentación de un caso</p> <p>Luisa, 42 años. Diagnóstico: retraso mental profundo y déficit visual. A los 40 años manifiesta un trastorno alimenticio. Deja de tener interés por alimentos que antes le gustaban y no logramos que haga más de una comida al día. Pierde su autonomía para comer y tenemos que darle la comida.</p> <p>Lo primero que hacemos es descartar cualquier problema de salud. Una vez descartado, empezamos a evaluar las variables de su entorno a la hora de las comidas. Está en un centro donde residen 24 personas más. A partir de la observación, constatamos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Últimamente el comedor es más ruidoso, se han incorporado 4 usuarios nuevos al centro. – La compañera que tiene enfrente suele ponerse algo nerviosa a la hora de la comida. – Luisa no entra al comedor con buena predisposición, parece que estar en un espacio con tanta gente le irrita. <p>• ¿Qué medidas se tomaron?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Que entre en el comedor antes que sus compañeros y se acomode en la mesa de forma tranquila. Le explicamos lo que hay para comer y le presentamos el plato (anticipamos la acción: vamos a comer). Le damos de comer... – Decidimos crear otro espacio para que no se concentren todos en el mismo comedor. De esta manera, ellos tienen más sitio y el ambiente es más tranquilo. Pasamos a la compañera de enfrente al nuevo comedor. En la mesa de Luisa habrá más amplitud. – Decidimos poner música ambiental (a un volumen muy bajo) relajante a la hora de las comidas. – Hacemos algún ajuste en la dieta eliminando, de momento, aquellos alimentos que de ninguna manera tolera. – Con estas medidas, mejora notablemente. En un período de tiempo razonable, vuelve a comer con apetito. Vamos retirando la ayuda: empezamos dándole de comer y, una vez que prueba la comida, cogemos su mano y hacemos que ella siga comiendo. – Luisa vuelve a comer sola y le retiramos totalmente la ayuda. 	<p>B.3. Problemáticas que plantea el caso</p> <ul style="list-style-type: none"> – Procurar que la persona esté en condiciones óptimas de salud, seguridad, higiene, temperatura, alimentación... A menudo, el entorno en el que las personas realizan sus ABVD no es el más adecuado. – Ayudar implica dar el apoyo justo, no menos, pero tampoco más, hacer las cosas por la persona con DI no es ayudarla. • Otras situaciones que se plantean a la persona dependiente <ul style="list-style-type: none"> – Es importante crear un entorno tranquilo, cómodo y agradable. Con condiciones óptimas de luminosidad, ventilación y accesibilidad, que tenga en cuenta las preferencias de la persona y le haga sentir seguro y confortable. – La dieta debe ser variada y adaptada a las necesidades de dentición y deglución. – Muchas personas con DI son muy selectivas con la comida. Como cuidadores, tenemos que procurar que coman de todo.
<p>A.4. ¿Cómo abordar las situaciones que se plantean en el caso?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Crear un ambiente adaptado a la persona con DI, pensando qué puede hacerla sentir mejor; ayuda a minimizar los efectos de la discapacidad y potencia la autonomía personal. – Es importante secuenciar las ayudas según la necesidad, primero guiando manualmente y poco a poco retirando la ayuda hasta que la persona pueda hacerlo por sí misma. 	<p>B.4. Actividades por desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> – Observar cómo se sienta en la mesa, si el mobiliario es adecuado, si está cómoda. – Anticipar la acción en cualquier actividad que queramos emprender: "ahora vamos a vestimos" o "ahora vamos a comer". A continuación, le enseñaremos los objetos relacionados con la actividad. – Descomponer la actividad en diferentes partes: sentarse a la mesa, probar la comida, coger la cuchara, cargar la cuchara, llevarla a la boca, limpiarse, lavarse los dientes... <ul style="list-style-type: none"> La persona colaborará en la medida que pueda en cada una de las partes. – Ir retirando la ayuda a medida que la persona vaya adquiriendo autonomía en cada una de los aspectos.

Caso Práctico 1

GUÍA DE LA SESIÓN

A.3 Presentación de un caso

Leer estos partes de incidencias de una residencia donde se observan situaciones que también se pueden presentar en un domicilio.

Parte del día: 14 de marzo de 2008

Responsable: hoy hemos tenido un día un poco movidito, especialmente por las horas de las comidas.

Sr. Juan: ya no sabemos qué hacer con él porque no quiere comer. Dice que le dejemos en paz porque no le importa morirse. Comentamos que estamos preocupadas, ya que desde que tuvo el AVC le vemos mucho más delgado.

Sra. Matilde: ha liado una buena en la mesa. Ha puesto el pan dentro del vaso de agua y, con la cuchara, iba echando el pan mojado dentro de los macarrones. Luego ha puesto la servilleta en el plato de la señora Aurora.

Sra. Filomena: nos ha dado un buen susto cuando se ha atragantado con un pedazo de pan. Por suerte estaba allí Laura, la nueva enfermera, y le ha hecho la maniobra de Heimlich.

Sr. Alfredo: está empeñado en comer solo a pesar de su temblor debido al Parkinson. El problema es que lo deja todo perdido y ya nadie se quiere sentar con él. Espero que paséis una noche más tranquila que nuestro día.

Parte de noche: 15 de marzo de 2008

Responsable: pues la noche no ha sido muy tranquila

Sr. Pedro: ha pasado otra de sus malas noches. Una vez más no ha parado de gritar porque, según dice, salen personas del armario que lo quieren matar. No hay forma de hacerlo callar y no deja dormir a los otros residentes.

Sra. Amparo: me la he encontrado vestida e intentando abrir la puerta porque decía que se tenía que ir a trabajar a la fábrica. Me ha armado un gran barullo cuando le he dicho que eran las cuatro de la madrugada y que ella lleva ya más de diez años jubilada. Me ha costado muchísimo hacer que volviera a la cama.

Sra. Remedios: como suele pasar, se ha despertado a las cinco de la mañana y me ha estado llamando desde entonces sin parar: ahora por una cosa, ahora por otra.

Sr. Esteban: a pesar de hacerle los cambios posturales, he vuelto a detectar otro enrojecimiento de la piel en la cadera. Se lo he comentado a la enfermera.

A.4 ¿Cómo abordar las situaciones que se plantean?

- Analizar cada situación planteada:
 - ¿Qué puede haber provocado esta situación?
 - ¿De qué manera creéis que se debe resolver?



IDEAS CLAVE Y ACTIVIDADES

B.3 Problemáticas que plantea el caso

– **Negativa de la persona a comer** (Sr. Juan). Valorar desde un punto de vista fisiológico o ético. Métodos de alimentación alternativos.

– **Uso de utensilios de mesa** (Sra. Matilde). Simplificar la mesa para una persona con deterioro cognitivo.

– **Riesgo de atragantamiento** (Sra. Filomena). Prevención y tratamiento. Práctica de la maniobra de Heimlich.

– **Temblores y otras dificultades motrices** (Sr. Alfredo). Buscar el equilibrio entre ayudar cuando es necesario sin sobreproteger.

– **Alucinaciones nocturnas** (Sr. Pedro).

– **Delirios y deambulación** (Sra. Amparo). Comentar la forma de reconducir un delirio.

– **Escasez de sueño nocturno** (Sra. Remedios). Dormirse tarde o despertarse temprano.

– **Úlceras por presión** (Sr. Esteban). Cambios posturales para prevenir úlceras.

B.4 Actividades por desarrollar

- Comentar cada una de las incidencias, si alguien se ha encontrado con alguna situación parecida, y exponer:

- ¿A qué conclusiones llegó?
- ¿Cómo resolvió o trató de solucionar la situación?

Caso Práctico 2

GUÍA DE LA SESIÓN

A.3 Presentación de un caso

"Queridos compañeros y compañeras:

Me llamo Mercedes y estuve cuidando a mi madre durante doce años. La verdad es que acabé siendo una cuidadora excelente, según me decía todo el mundo, pero no siempre fue así. Todo aprendizaje requiere su práctica y recuerdo mis primeros meses como una auténtica pesadilla. Concretamente os quiero contar cómo fue la primera vez que entré en el baño con mi madre para ayudarla a ducharse: fue uno de mis peores días y creo que para mi madre también.

Llevábamos ya unas semanas conviviendo y me di cuenta de que su fuerte olor corporal se debía a la falta de higiene. Fue muy duro abordar el tema, tanto por la vergüenza que sentía yo como por su rechazo frontal a admitirlo, pero al final seguí el consejo de mi hija y me impuse sin darle otra opción y la metí en el baño a gritos.

Dentro del baño, le quité la ropa y le ayudé a entrar en la ducha. Vi en su ropa interior lo que ya me temía: había dejado de ponerse la compresa para contener sus pérdidas de orina. Entendí también por qué llevaba tanto tiempo sin ducharse: le suponía un gran esfuerzo salvar el escalón para entrar en la ducha con los pies descalzos y sin ningún sitio donde agarrarse.

Le mojé el cuerpo y, cuando iba a enjabonarla, me di cuenta de que se me había acabado el gel de baño; entonces le dije que se agarrara en el grifo mientras iba a buscar otro. Pensaba que no iba a pasar nada, pero en pocos segundos le oí gritar y cuando fui corriendo la vi apoyada en la pared a punto de caerse. Le ayudé a incorporarse como pude, y la enjaboné y enjuagué en un periquete muerta de miedo y de prisa por sacarla de la ducha y sentarla en la silla.

Cuando por fin la tenía sentada, empezó a estornudar y le sequé el cuerpo tan rápido como pude para vestirla cuanto antes. Acabé tan cansada y nerviosa que fui incapaz de pintarle las uñas tal como ella las solía llevar.

La verdad es que cuando recuerdo esta ducha me doy cuenta de lo mucho que he aprendido desde entonces. Muchos ánimos y a seguir aprendiendo."

A.4 ¿Cómo abordar las situaciones que plantea el caso?

Haz una lista con los errores que crees que cometió Mercedes.

IDEAS CLAVE Y ACTIVIDADES

B.3 Problemáticas que plantea el caso

Comentar el caso en pequeños grupos y luego ponerlo en común. Es importante que salgan a relucir los siguientes temas:

- Detectar falta de higiene y planteárselo al anciano.
- Reticencia absoluta a entrar en el baño.
- Actuar ante las fugas de orina o la incontinencia.
- Riesgo de caída y cómo prevenirla.
- Sentimientos del anciano y del cuidador al entrar en un terreno íntimo.
- Preservar la dignidad y el buen gusto en el vestir sin renunciar a la comodidad.
- Trucos y estrategias que agilizan la tarea del aseo.
- Prevenir que el anciano se resfríe en la ducha.

B.4 Actividades por desarrollar

Resolver de forma adecuada los errores y dificultades que se encontró Mercedes:

- No sabe cómo plantearle la necesidad de supervisar su higiene.
- Hacerla entrar a gritos en la ducha.
- Escalón difícil de salvar para entrar en la ducha.
- Ausencia de sitios donde agarrarse.
- Dejar a su madre sola en la ducha.
- Prisa para enjabonar y enjuagar.
- Inicio de resfriado.
- Secar y vestir con prisas.
- No pintarle las uñas.



Caso Práctico 3